Ein Fall von chronischer Ileocoecalinvagination mit Prolapsus der Bauhin'schen Klappe.

(Mit einer Tafel.)

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doctorwürde

in der Medicin, Chirurgie und Geburtshilfe

unter dem Präsidium

des

Herrn Professor Dr. O. Bollinger

der

medicinischen Fakultät zu München

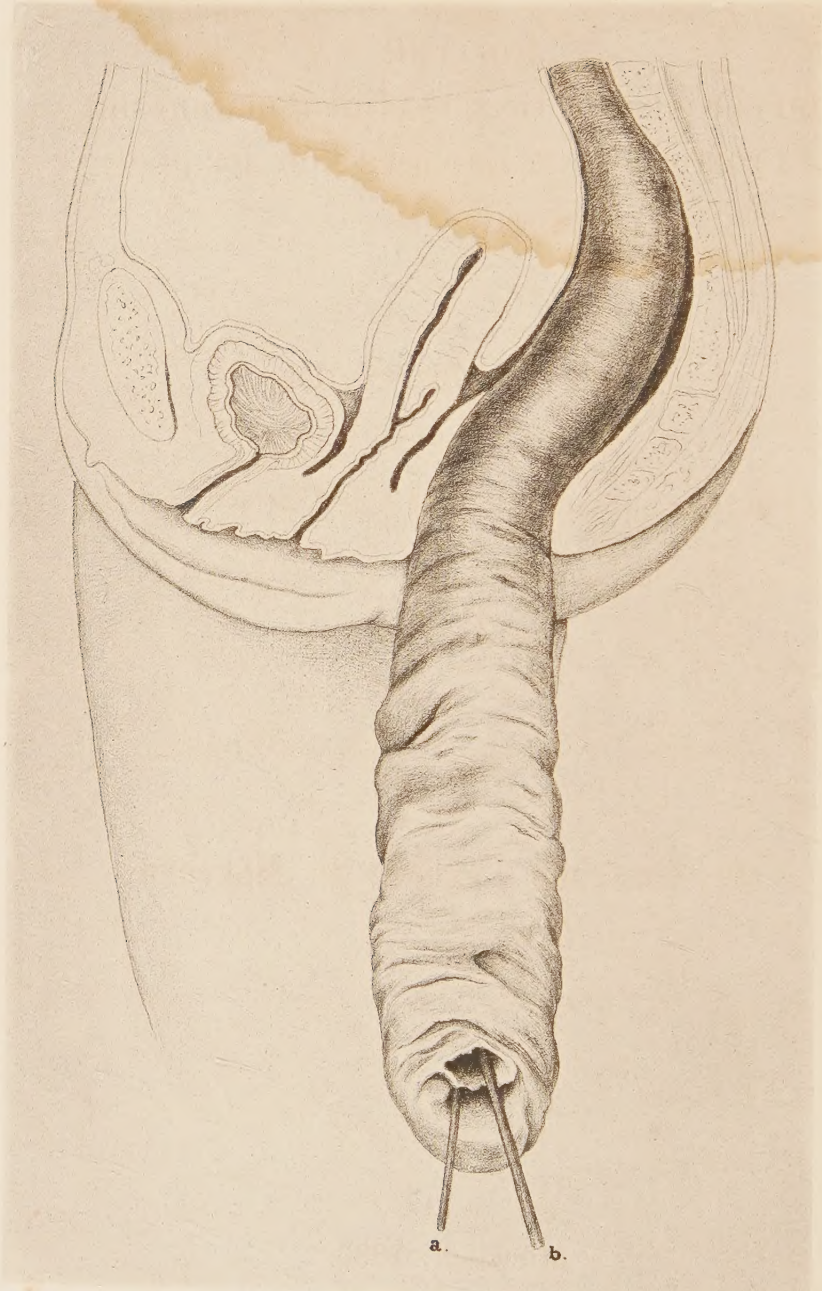
vorgelegt von

Daniel Ritter

approbirtem Arzt.

München, 1883.

Kgl. Hof- und Universitäts-Buchdruckerei von Dr. C. Wolf & Sohn.



a Sonde in den Wurmfortsatz eingeführt.
b „ in das Lumen des Ileum eingeführt.

Ein Fall von chronischer Ileocoecalinvagination mit Prolapsus der Bauhin'schen Klappe.

(Mit einer Tafel.)

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doctorwürde

in der Medicin, Chirurgie und Geburtshilfe

unter dem Präsidium

des

Herrn Professor Dr. O. Bollinger

der

medicinischen Fakultät zu München

vorgelegt von

Daniel Ritter

approbirtem Arzt.

München, 1883.

Kgl. Hof- und Universitäts-Buchdruckerei von Dr. C. Wolf & Sohn.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41554602_0185

Wenn die Pathologie der Darminvaginationen noch heute ſowohl bezüglich ihrer Geneſe als auch nach ihrer kliniſchen Seite hin ein wenig aufgeklärtes Feld bietet, ſo trägt daran nicht zum wenigſten unſere mangelhafte Kenntniss der phyſiologiſchen Darmbewegungen und die ungenügende Bekanntſchaft mit den pathologiſchen Veränderungen dieſer Bewegung bei Darmkrankheiten einerſeits, anderſeits der Umſtand Schuld, daſs die Invaginationen ihre kliniſchen Symptome mit einer Reihe anderer Darmkrankheiten gemeinſam haben und desshalb nur in den ſeltenſten Fällen von dieſen zu unterſcheiden ſind. Letzteres iſt um ſo bedauerlicher, als ja der modernen Chirurgie ſo heilbringende Eingriffe zur Verfügung ſtehen und in der groſsen Mehrzahl der Fälle nur von ihr ſichere Hülfe zu erwarten iſt.

In wieweit die Experimental-Pathologie es vermocht hat Licht in dieſes Dunkel zu bringen, ſoll unten näher gewürdigt werden.

Bis gegen Ende des ſiebzehnten Jahrhunderts wurden die Darminvaginationen oder Intusſusceptionen mit all' den Darmerkrankungen, die unter dem Erſcheinungen der Stenoſe und des Ileus verliefen, unter den gemeinſamen Namen »Volvulus« zuſammengefaſst bis ſie J. C. Peyer um jene

Zeit von dieſem Allgemeinbegriffe trennte und ihnen einen ſelbſtſtändigen Platz in der Reihe der Darmkrankheiten anwies.

Die Fragen nun, wie entſtehen die Invaginationen, d. h. wie iſt das Verhalten der betheiligten Darmabſchnitte zueinander und welches ſind die Gründe, die eine ſolche Einſchiebung der einzelnen Darmſtücke in einander verurſachen? ſind ſeit jener Zeit vielfach discutirt worden, doch hat keine der bisher aufgeſtellten Theorien alle dabei in Betracht kommenden Momente in genügender Weiſe zu erklären vermocht. Ja die Anſichten ſcheinen heute getheilter denn je, indem auf Grund angeſtellter Thierexperimente Momente, die faſt allgemein als erwieſen galten, wieder angefochten werden.

Doch ſind dieſe Thierexperimente vorerſt noch zu unvollkommen, als daſs ihnen eine weſentliche Bedeutung zuerkannt werden dürfte.

Es ſei hier eine kurze Ueberſicht der hauptſächlichſten Theorien, die zur Beantwortung beider Fragen ſeit jener Zeit aufgeſtellt worden ſind, geſtattet.

Dabei iſt es nothwendig, zwiſchen agonalen und vitalen oder entzündlichen Invaginationen zu unterſcheiden. Die plauſibelſte Anſicht von der Entſtehung der erſteren iſt die, daſs in der Agone die einzelnen Darmabſchnitte nicht gleichzeitig abſterben, ſondern während eine Darmſtrecke ſchon vollſtändig gelähmt ſei, befinde ſich die oberhalb oder unterhalb von ihr liegende noch in regelmäſsiger oder gar erhöhter Periſtaltik und ſchiebe ſich ſo in erſtere hinein.[1]) Auf dieſe Weiſe iſt das häufige Vorkommen

[1]) Eichhorſt, Handbuch der spec. Path. und Ther. B. I. 1883.

mehrerer Invaginationen in derſelben Leiche am beſten erklärt. Eine andere Anſicht geht dahin, daſs gegen das Lebensende beſonders bei Krankheiten des Gehirns und des Darms eine ſehr unregelmäſsige Periſtaltik auftrete, in Folge welcher ſich einzelne Darmabſchnitte in einander ſchieben.[1])

Dieſer Erklärung ſteht eine dritte gegenüber,[2]) die die Möglichkeit des Zuſtandekommens ſolch' unregelmäſsiger Periſtaltik auf das entſchiedenſte leugnet und ihrerſeits die agonalen Invaginationen ſo entſtehen läſst, daſs in Folge von Aufblähung durch Gaſe der Darm ſich erweitere und verlängere und ſo eigentlich aus einer geſtreckten in eine gekrümmte Lage übergehen müſſe; wenn nun für dieſe Krümmung und die dadurch nothwendig werdende ſeitliche Verſchiebung kein Raum vorhanden ſei, erfolge eine Verſchiebung des Darms in ſeiner Längsaxe und ſo ſtülpe ſich ein engeres Darmſtück in ein weiteres.

Ein ungleich höheres Intereſſe nehmen im Gegenſatze zu dieſen agonalen die vitalen oder entzündlichen Invaginationen in Anſpruch, ſo genannt weil ſich bei ihnen in den meiſten Fällen Entzündung und entzündliche Verklebung der die Invagination bildenden Cylinder findet. Doch iſt auch ihre Aetiologie und Pathogeneſe noch vielfach Gegenſtand der Controverſe. Man unterſcheidet je nach dem Darmabſchnitte, an dem die Invagination ihren Sitz hat:

Ileum-Invaginationen, wenn Theile des Ileum ſich ineinanderſchieben;

---

[1]) Birch-Hirſchfeld, Lehrb. der path. Anatomie.

[2]) Engel, path. Anatomie. S. 567.

Ileocolon-Invaginationen, wenn das Ileum durch die Coecalklappe in das Colon geſtülpt iſt;

Ileocoecal-Invaginationen, wenn Ileum und Coecum in das Colon eingeſchoben ſind; [1])

Colon-Invaginationen, wenn alle Cylinder aus Colon gebildet ſind.

Wenn auch, wie oben erwähnt, in Bezug auf die Veränderungen der Darmbewegung bei pathologiſchen Proceſſen dieſes Organs noch ziemliche Unklarkeit herrſcht, ſo iſt doch ſoviel bekannt, daſs bei faſt allen erhöhte Periſtaltik auftritt.

Erhöhte Periſtaltik ſpielt denn auch anerkannter Maaſsen bei der Entſtehung der Intusſusceptionen eine weſentliche Rolle. Dafür ſpricht zunächſt der Umſtand, daſs faſt alle entzündlichen Invaginationen abſteigende, im Sinne der normalen Periſtaltik ſich bildende ſind.

Die mehrfach in der Literatur bekannt gewordenen aufſteigenden Darmeinſchiebungen ſind als agonale zu betrachten, weil, wie Leichtenſtern annimmt, zur Zeit ihrer Entſtehung eine normale Periſtaltik nicht mehr beſtanden habe. [2])

Doch laſſen unter andern die von Jones [3]) und F. Hildanus [4]) beſchriebenen Fälle keinen Zweifel mehr zu, daſs

---

[1]) Hug. Leichtenſtern, Prag. Vierteljahrſchrift 118. Bd. S. 193.

[2]) v. Ziemſsen, Path. und Ther. Bd. 7, 2. S. 498.

[3]) Virchow-Hirſch, Jahresbericht Jhrg. 1878. S. 202.

[4]) Weddern, de intussusceptionibus: »Crassa ipsa intestina in tenuia retrogredi posse, refert. F. Hildanus, qui coecum arcte contractum in ileum ingreſsum invenit, ita ut ileo fisso demum eximi posset.«

aufſteigende entzündliche Invaginationen, wenn auch als groſse Seltenheiten, vorkommen.[1]) Dieſelben ſind jedenfalls ſo zu erklären, dass auch während des Lebens der Darm ſich vorübergehend in antiperiſtaltiſcher Bewegung befindet, ähnlich wie bei verſchiedenen Darmkrankungen antiperiſtaltiſche Bewegung nachgewieſen iſt.

Für den Einfluss erhöhter Periſtaltik ſpricht ferner das oft rapide Wachsthum der Invaginationen[2]) und das häufige Vorkommen derſelben bei Anweſenheit von Fremdkörpern und polypöſen Neubildungen, indem hier das Intusceptum, der Fremdkörper oder der Polyp mit groſser Gewalt von der Periſtaltik erfaſst und in der Richtung nach dem Anus fortgezogen werden, wobei letztere die Darmwand, der ſie anhaften, hinter ſich herziehen.

Ob neben erhöhter Periſtaltik aber Krampf oder Lähmung der Darmmuskulatur im Augenblicke der Invagination beſtehe, darüber gehen die Anſichten ſehr auseinander.

Die älteſte Erklärung der Entſtehung der Intusſusceptionen ſtammt von J. C. Peyer aus dem Ende des 17. Jahrhunderts. Dieſer Autor nahm an, daſs in Folge chroniſcher Krankheiten des Darmtractus oder auch in Folge eines Traumas, welches das Abdomen treffe, eine begrenzte Darmſtrecke gelähmt werde. In dieſe gelähmte Darmſtrecke nun ſtülpe ſich die darunter liegende in lebhafter periſtaltiſcher Bewegung ſich

---

[1]) Prager Vierteljahresſchrift 118. Bd. Nr. 210.

[2]) v. Ziemſsen, Path. und. Ther. Bd. 7, 2. S. 502.

befindliche ſo ein, daſs jene die Scheide und den mittleren Cylinder, dieſe aber den innerſten Cylinder bilde.[1])

Dieſer Auffaſſung ſchloſs ſich Leichtenſtern inſoferne an, als auch er erhöhte Periſtaltik und Lähmung der Muscularis für weſentliche ätiologiſche Momente erklärt:

»Die Pareſe einer begrenzten Darmſtrecke und in Verbindung hiemit eine aus irgend welchen Gründen angeregte lebhafte Periſtaltik ſtellt für eine Reihe von Invaginationen die ausreichenden Bedingungen dar.«

Doch iſt nach ihm das gegenſeitige Verhalten der betheiligten Darmſtücke inſoferne ein anderes als das gelähmte Stück vor dem darüber liegenden in das unterhalb gelegene eingeſtülpt wird, letzteres alſo die Scheide, das gelähmte den mittleren und jenes den innerſten aufſteigenden Cylinder darſtellt.

Als Beweis hiefür führt Leichtenſtern die beſtehende Fixation des einmal eingeſchobenen Intusceptums, ſowie den Druck, der auf dieſes und das zu ihm gehörige Meſenterium ausgeübt wird, an, welcher Druck ſich durch Entzündung, blutige Infiltration und häufig durch Nekroſe äuſsere und der nur durch eine nicht gelähmte Scheide erklärt werden könne.[2])

Dieſer Lähmungstheorie ſteht eine andere gegenüber, die behauptet, daſs durch pathologiſche Einflüſſe, wie lang andauernde Diarrhoe, partielle Peritonitis oder ein Trauma nicht Lähmung, ſondern Krampf einer begrenzten Darmſtrecke

[1]) v. Ziemſsen, Path. und Ther., Bd. 7. 2. S. 501.

[2]) v. Ziemſsen, Path. und Ther., Bd. 7. 2. S. 502 ff.

erzeugt werde; das krampfhaft contrahirte Darmſtück ſoll dann gleich einem Fremdkörper von dem oberhalb liegenden periſtaltiſch thätigen in das unterhalb liegende eingeſchoben werden.[1])

Im Gegenſatze zu jenen den invaginationes paralyticae würden dieſe invaginationes spasmodicae genannt.

Von Thierexperimenten auf dieſem Gebiete iſt aus früheren Zeiten nichts bekannt.

Erſt im Jahre 1880 wurden zur Prüfung beider Anſichten, ob Lähmung oder Krampf, von Leubuſcher Verſuche an Kaninchen in folgender Weiſe angeſtellt:[2])

Bei 12 Verſuchsthieren wurde eine Darmſtrecke von $^1/_2$—2 Ctm. Länge mit Pincetten ſo lange gequetſcht, bis ſie auf äuſsere Reize nicht mehr reagirten, in 2 von dieſen Fällen zur künſtlichen Erhöhung der Periſtaltik noch 2 Tropfen Crotonöl in den gefüllten Magen gebracht. 24—72 Stunden nach der Operation kamen die Thiere zur Sektion und es fand ſich bei einem eine $1^1/_2$ Ctm. lange aufſteigende Invagination; in den übrigen Fällen war auſser entzündlicher Schwellung der gereizten Parthie nichts Beſonderes zu finden.

In 6 weiteren Fällen wurden zur Erzeugung von Pareſe die im Meſenterium zum Darm verlaufenden Nerven durchſchnitten, bei 2 Thieren fand ſich je eine $1^1/_2$ Ctm. lange abſteigende Invagination, die aber leicht gelöſt werden konnten.

Auch zur Prüfung der Krampftheorie machte Leubuſcher

[1]) Leichtenſtern, v. Ziemss. Path. u. Ther. Bd. 7. 2. S. 503.

[2]) Virchow Archiv Bd. 85 S. 83 ff.

Verſuche an Kaninchen.[1]) In derſelben Weiſe wie oben wurde eine kurze Darmſtrecke gequetſcht, bis die Contractionsfähigkeit bedeutend herabgesetzt, doch nicht völlig aufgehoben war.

Er wählte zu dieſem Verſuch den unmittelbar an die Einmündungsſtelle des Ileum grenzenden Theil des Coecum, weil er glaubte, bei den hier ſo günſtigen anatomiſchen Verhältniſſen am eheſten ein befriedigendes Reſultat zu erzielen. Nun wurde der untere Theil des Ileum mit einem ſtarken faradiſchen Strom gereizt; es traten zwar heftige periſtaltiſche Bewegungen und auch ringförmige Contractionen auf, aber keine Invagination. In einem anderen Fall wurde ein $1^1/_2$ Ctm. langes Darmſtück bis zum vollſtändigen Erlöſchen der Contractionsfähigkeit gequetſcht und dann der Darm oberhalb und unterhalb mit demſelben Strom gereizt; auch dieſer Verſuch blieb erfolglos.

Das Reſultat der Leubuſcher'ſchen Verſuche iſt ſomit ein vollſtändig negatives, indem die entſtandenen Invaginationen als agonale zu betrachten ſind, und auch Leubuſcher ſelbſt hält ſie dafür. Die Frage aber, warum das Ergebniſs ein ſo ungünſtiges war, iſt ſchwer zu beantworten.

Die Annahme, daſs der thieriſche Darm vielleicht für das Zuſtandekommen von Invaginationen nicht ſo geeignet ſei, iſt durch die Beobachtungen Bollinger's, wonach Invaginationen bei Thieren nicht ſelten vorkommen, beſonders beim Hund, bei der Katze, beim Schwein und beim Rind, ſelten beim Pferd, und es kann der Grund wohl in nichts

[1]) Virchow Archiv Bd. 85 S. 83 ff.

anderem als in der unvollkommenen Erfüllung der Bedingungen, unter denen gewöhnlich Invaginationen entftehen, gefucht werden.

Jedenfalls können Verfuche mit fo vollkommen negativem Refultat eine Beweiskraft nicht beanfpruchen und wenn man dabei noch das häufige Vorkommen von entzündlichen Darmeinfchiebungen nach Cholera, Typhus, bei vorhandenen tuberkulöfen Gefchwüren (ohne Stenofe) bei tuberculöfer Peritonitis, oder unmittelbar nach einem Trauma bei bis dahin gefunden Individuen berücksichtigt, die man nur mit der Annahme der Lähmung einer Darmftrecke erklären kann, fo kann man nicht umhin, den Schlufs Leubufcher's, dafs nach den obigen Verfuchen die Lähmungstheorie nicht mehr haltbar, für ungerechtfertigt zu erklären.

Wenn ich nun in Folgendem einen kleinen Beitrag zur Cafuiftik der Darminvaginationen liefere, fo gefchieht dies einmal, weil ich glaube, dafs durch eine möglichft grofse Statiftik die Kenntnifs diefer Krankheit am meiften gefördert wird, dann auch, weil der mir vorliegende Fall nach verfchiedenen Seiten Intereffantes und Seltenes bietet.

Die krankengefchichtlichen Notizen verdanke ich der Güte des Herrn Dr. Stieler, prakt. Arzt in München.

Krankengefchichte:

Patientin N. N., 58 Jahre alt, leidet feit Frühjahr 1882 an Appetitlofigkeit, zeitweiligem Erbrechen und Diarrhoe.

Die im Mai vorgenommene Unterfuchung ergibt: ftarker Meteorismus, im linken Hypochondrium beträchtliche Refiftenz.

Wegen erblicher Anlage Verdacht auf Carcinom. Auch auf draſtiſche Abführmittel nur Abgang fäculent gefärbter Flüſſigkeit; kothige Ausleerungen ſind auf keine Weiſe, auch nicht durch groſse Einläufe von Waſſer in den Maſtdarm zu erreichen. Zwiſchendurch auftretende peritonitiſche Reizerſcheinungen, die bald wieder verſchwinden.

Diagnoſe: Partielle Darmſtenoſe durch Carcinom des nach links verlagerten Coecum.

Im November plötzlich auftretender Anfall acuter Peritonitis mit gleichzeitiger retentio urinae. Bald nachher prolapsus ani (?) anfangs klein und leicht reponibel, ſpäter immer gröſser werdend und nur in Narkoſe reponibel, ſtets wieder mehr oder weniger nach auſsen prolabirend. Von da ab dauert ein ſteter unfreiwilliger Abgang fäculenter Flüſsigkeit; retentio urinae verſchwunden. Die Reſiſtenz im Abdomen wird immer breiter und umfangreicher. Die Unterſuchung per vaginam ergiebt dem Verlaufe des Maſtdarms entſprechend eine wurſtförmige weiche Geſchwulſt ohne Kothinhalt. Von da ab Verdacht auf Invagination des Darms.

Der lethale Ausgang erfolgte Ende Januar 1883 an heftiger acuter Peritonitis.

Die Section, $^1/_4$ Stunde vor dem Begräbniſs, konnte nur unvollkommen gemacht werden; es wurde nur die Bauchhöhle geöffnet. Die rechte Bauchhöhle iſt mit kothig gefärbter Flüſſigkeit und reichlichen Kothbrocken angefüllt, auſserdem befinden ſich nur wenige Dünndarmſchlingen in ihr. Der ganze Dünn- und Dickdarm iſt nach links gezogen. Colon adscendens und transverſum werden vergeblich geſucht. Das

Colon descendens ſteigt als unförmig dicker Wulſt ſenkrecht zum Anus herab. Vor demſelben in einer Länge von 20 Ctm. hängt der Anfangstheil des Dickdarms, an ſeiner Spitze das Coecum mit der Bauhin'ſchen Klappe und Wurmfortſatz (vid. Tafel.) Das Duodenum wird unterhalb des Pylorus abgebunden und der ganze Darm ſammt Meſenterium aus der Leiche herausgenommen.

Das dem pathologiſchen Inſtitute zu München übergebene und daſelbſt aufbewahrte Präparat (Einlauf-Journal Nr. 38. 1883) zeigt ungefähr folgendes:

(Die genaue Beſchreibung der topographiſchen Anordnung iſt dadurch ziemlich erſchwert, daſs in Folge der groſsen Eile bei der Herausnahme nicht mit der nöthigen Schonung verfahren werden konnte. [1])

Der Beginn der Invagination liegt in der Höhe des untern Querſtücks des Duodenum und dicht neben dieſem. Das in ſeiner ganzen Länge aufgeſchnittene Duodenum und Jejunum zeigen nichts Abnormes, ebenſo nicht der Anfangstheil des Ileum. Das mittlere Drittel des Ileum iſt faſt um das Doppelte ſeines natürlichen Volumens erweitert, ſeine Wandungen erheblich verdickt und ſein ſeröſer Ueberzug mit fibrinöſen Auflagerungen bedeckt. Der unterſte Theil des Ileum iſt in das Colon eingeſchoben. Von dem aufſteigenden und queren Colon iſt nichts zu ſehen und das abſteigende ſtellt eine unförmig dicke mehrfach circulär gewulſtete Maſſe dar, deren Circumferenz 18 cm beträgt. Den Schluſs des Darmrohres

[1]) Die beigegebene Abbildung iſt nachträglich mit Zuhilfenahme der gefälligen Mittheilungen der Herrn Dr. Stieler nach dem anatomiſchen Präparate ausgeführt worden.

bildet das Coecum mit der Coecalklappe und dem Wurmfortſatz.

Beim Aufſchneiden dieſer wurſtförmigen Maſſe findet ſich der äuſsere Cylinder aus dem Endtheil des Dickdarms (Rectum, S. Romanum und abſteigendem Colon) gebildet; in dieſem ein mittlerer Cylinder, ungefähr aus der oberen Hälfte des Dickdarms (Colon transverſum und ascendens) beſtehend und endlich im Innern das Endſtück das Ileum, welches an der Coecalklappe in den mittleren Cylinder ſich umſtülpt.

Wir haben es ſonach mit einer Darminvagination zu thun, deſſen Scheide vom Endtheile des Dickdarms, deſſen mittlerer Cylinder vom queren und aufſteigenden Colon und deſſen innerſter Cylinder vom Endtheile des Ileum gebildet iſt; den Kopf bildet das Coecum. Es handelt ſich alſo mit anderen Worten um eine Einſtülpung des Endſtücks des Ileum und des Coecum in das Colon in der Ausdehnung, daſs die Bauhin'ſche Klappe und das Coecum 20 Centimeter weit vom After entfernt nach aufsen vorgefallen ſind. Nach Leichtenſtern wird dieſe Invaginationsform ileocoecalis genannt.

Eine ausgedehnte Verwachſung der einzelnen Cylinder beſteht nicht und es iſt das ganze innerſte Rohr von der Einſtülpungsſtelle an bequem für eine ziemlich dicke Sonde durchgängig.

Unter allen Invaginationen ſind nach der Statiſtik Leichtenstern's die ileocoecalen die häufigſten.

Unter 479 entzündlichen Darmeinſchiebungen fand er: [1])

[1]) Prager Vierteljahrschrift. 118 Bd. S. 194.

212 alſo 44 % Ileo. coecalinvaginationen
142 „ 30 „ Ileum „
86 „ 18 „ Colon „
39 „ 8 „ Ileo. Colon „

Dieſe unverhältnifsmässige Häufigkeit iſt einerſeits begründet durch die anatomiſchen Verhältniſſe, die bei keinem andern Darmabſchnitte ſo günſtig ſind für das Zuſtandekommen einer Einſchiebung: die Differenz im Lumen des Ileum und Colon und die groſse Beweglichkeit des erſteren im Gegenſatze zu der bedeutenden Fixation der letzteren, anderſeits aber auch darin, daſs das Ileum und zwar hauptſächlich der unterſte Theil deſſelben der Lieblingsſitz des chroniſchen Catarrhs iſt. Daſs das Kindesalter noch ganz beſonders häufig von dieſer Form der Invagination betroffen iſt, erklärt ſich leicht daraus, daſs die oben erwähnten Verhältniſſe am kindlichen Darm in noch viel höherem Grade ausgeſprochen ſind; beſonders der chroniſche Catarrh mit heftigen Diarrhoen nach der Entwöhnung der Muttermilch und dem Erſatz derſelben durch unzweckmäſsige Nahrungsmittel.

Damit ſtimmen denn auch die groſsen Zahlen, die der 3. 4. und 5. Monat in der Mortalitätsſtatiſtik der Invaginationen aufzuweiſen hat, überein.

Von 131 Todesfällen im kindlichen Alter kommen:[1])
auf die erſten 2½ Monate 1 Fall;
auf den 3. Monat 10 Fälle.
(auf den 4. 5. und 6. Monat 80 Fälle)

[1]) Prager Vierteljahrſchrift. 118 Bd. S. 191.

(von 6½ bis 10. Monat 28 Fälle)

von 10½ bis 12. Monat 12 Fälle.

Wenn nun auch die Ileocoecalinvazination an ſich keine Seltenheit ſind, ſo erreichen ſie meiſtens doch nur eine Länge von einigen Zoll; dann und wann wird wohl auch ein Fall beobachtet, in dem der invaginirte Darm bei der Unterſuchung per rectum mit dem unterſuchenden Finger zu fühlen war![1]) Fälle, wie der vorliegende, gehören aber zu den gröſsten Seltenheiten.

Hutchinson[2]) veröffentlicht einen ſolchen, in dem bei einem 2jährigen Mädchen im Laufe eines Monats aus einem anſcheinend mäſsigen Prolaps des Anus eine Invagination ſich gebildet hatte und wo der invaginirte Darm 2 Zoll aus dem Rectum prolabirt war.

Weddern[3]) beſchreibt eine Ileocoecalinvagination bei einem 11jährigen Knaben, bei der das prolabirte Stück eine Länge von 1½ Zoll hatte. Die dieſer Arbeit beigegebene Abbildung zeigt ein dem hier vorliegenden Falle ganz ähnliches Bild.

Die von Böttcher[4]) und Maretti[5]) mitgetheilten Invaginationen, bei denen der Prolapsus 40 cm und 112 cm lang war, ſind als Unica zu betrachten und ohne die Annahme ganz abnormer Zuſtände kaum erklärlich.

---

[1]) Weddern: »de intussusceptionibus« Gryphiae 1841. S. 34.

[2]) Virchow-Hirsch Jahresberichte. Jhrg. 1874. Bd. II.

[3]) Weddern: »de intussusceptionibus.« S. 26.

[4]) Virchow-Hirſch Jahresbericht. Jhrg. 1870. Bd. II.

[5]) Virchow-Hirſch Jahresbericht. Jhrg. 1872. Bd. II.

Eine zweite intereſſante und ſeltene Seite bietet der hier vorliegende Fall durch ſeinen Verlauf und ſeine lange Dauer.

Im Allgemeinen unterſcheiden wir bei den entzündlichen Invaginationen den acuten und den chroniſchen Verlauf.

Derſelbe iſt abhängig von dem Grade der Verengerung des Lumens; iſt dieſes ganz verſchloſſen, ſo erfolgt der Tod in 3—6 Tagen an Shok, oder aber das Intusceptum ſtößt ſich zu frühzeitig ab, es erfolgt Perforation und allgemeine Peritonitis; in dieſem Falle tritt der tödtliche Ausgang bei Kindern zwiſchen dem 4. und 7. Tage, bei Erwachſenen in der zweiten Woche ein![1])

Doch kommt mitunter auch Heilung zu Stande und zwar entweder durch ſpontane oder künſtliche Repoſition, durch manuelle Reposition in den Fällen, in denen die Intusſusception per rectum zu erreichen iſt, oder durch die Operation. Letztere iſt neuerdings ſehr empfohlen, bietet jedoch nur dann günſtige Ausſichten auf Erfolg, wenn ſie frühzeitig, d. h. ehe es zu Peritonitis und Adhäſionen gekommen iſt, gemacht wird. Iſt dagegen die Verengerung nur eine theilweiſe, ſo wird der Verlauf ein chroniſcher und es kann ſich die Krankheit Wochen ja in ſeltenen Fällen ſelbſt Monate hinziehen. Der Ausgang in Heilung kommt auch hier vor und zwar durch Abſtoſsung des Intusceptums. Nach den Beobachtungen Leichtenſtern war der Ausgang bei 170 Fällen mit Ausſtoſsung des Intusceptums:

in 61 Fällen alſo 41 % tödtlich,

---

[1]) v. Ziemſsen Path. u. Ther. Bd. 7, 2. S. 506 ff.

in 88 Fällen alfo 59 % vollftändige Genefung,

in 21 Fällen blieb der Ausgang unbekannt.[1])

Bei Ileocoecalinvaginationen ift der chronifche Verlauf der gewöhnliche und haben wir es in vorliegendem Falle auch mit diefem zu thun. Dabei kann fich, wie gefagt, die Krankheit Wochen felbft Monate hinziehen. Von Worthingthon[2]) und Davies[3]) find Ileocoecalinvaginationen von 8 monatlicher von Leichtenstern fogar eine von 11monatlicher Dauer beobachtet worden; letztere ift von den bis jetzt bekannt gewordenen die längfte.[4])

Im vorliegenden Falle begann die Erkrankung im März 1882 mit Appetitlofigkeit, Diarrhoe und zeitweiligem Erbrechen — den Symptomen des chronifchen Magen- und Darmkatarrhs.

Der bei der erften Unterfuchung im Mai conftatirte Befund läfst keinen Zweifel zu, dafs die Invagination damals fchon beftanden hat. Ob man wegen des vorübergehenden Verfchwindens der peritonitifchen Reizerfcheinungen eine vorübergehende fpontane Löfung der Invagination annehmen foll, fcheint mir defshalb nicht ganz gerechtfertigt, weil in diesem Falle doch auch eine vorübergehende Permeabilität hätte eintreten müffen, und davon ift in der Krankengefchichte nichts erwähnt. Vielmehr fcheint die Invagination fich ftets langfam vergröfsert zu haben und diefes langfame Wachsthum ift den Ileococcal-

[1]) Prager Vierteljahrfchrift. Jhrg. 1874. 1. S. 26.

[2]) Prager Vierteljahrfchrift. Jhrg. 1874 1. S. 48 ff.

[3]) Prager Vierteljahrfchrift. Jhrg. 1874. 1 .S. 48.

[4]) Prager Vierteljahrfchrift. Jhrg. 1874. 1 S. 48.

einſtülpungen eigenthümlich — und war ſie im November ſo tief getreten, daſs der Tumor auf die Harnblaſe drückte und incontinentia urinae bewirkte; letztere verſchwand, als die Invagination noch tiefer trat und bald darauf vor den Anus prolabirte. Der Tod erfolgte an acuter Peritonitis hervorgerufen durch die bei der Perforation in die Bauchhöhle entleerten Faeces Ende Januar 1883.

Der Ausgang in Perforation iſt, wenn auch nicht der gewöhnliche, ſo doch bei Ileococcalintussusceptionen häufiger, als bei den übrigen Formen. In der Mehrzahl der Fälle iſt die Perforationsſtelle dicht über dem Eintritt der Invagination, mitunter iſt auch die Scheide perforirt.[1]) Wo im vorliegenden Falle der Durchbruch ſtattgefunden hat, läſst ſich mit Beſtimmtheit nicht mehr ſagen. Oberhalb der Eintrittsſtelle iſt eine Perforationsſtelle nicht zu finden, dagegen iſt die Scheide in einer Länge von 15 cm eingeriſſen. Wenn hier die Ruptur ſtattgefunden, ſo iſt die Oeffnung jedenfalls aus Verſehen vergröſsert worden, auch macht dann die Erklärung, wie die beträchtlichen Kothmaſſen in die Scheide gekommen ſind, einige Schwierigkeiten, da doch keinerlei Communication mit dem eigentlichen Darmlumen beſtand; die einzige Möglichkeit wäre die, daſs die faeces noch aus der Zeit vor der Invagination herrührten, obwohl auch dieſe Erklärung beſonders bei der groſsen Maſſe nicht recht plauſibel klingt.

Wenn wir nun den Beginn der Invagination in den April v. J. verlegen, ſo beträgt die Dauer derſelben 9—10 Monate, iſt

[1] Prager Vierteljahrſchrift. Jhrg. 1874. 1. S. 25.

ſomit nur von dem von Leichtenſtern beſchriebenen Falle an Länge der Dauer übertroffen.

Die Frage nach der Enſtehungsurſache dieſer Intusſusception kann bei einer bis dahin völlig geſunden Frau und bei dem Fehlen irgend eines anderen anamneſtiſchen Momentes nur dahin beantwortet werden, daſs in Folge des chroniſchen Darmkatarrhs und der damit verbundenen Diarrhoe eine Lähmung des Ileum hervorgerufen und daſs in Folge dieſer Lähmung nach dem oben beſchriebenen Mechanismus das Ileum ſammt Coecum in das Colon geſtülpt worden iſt.

Ueberhaupt ſcheint mir bis jetzt ein zwingender Grund für das Fallenlaſſen der Lähmungstheorie nicht erbracht zu sein.

Wenn man von den durch Lähmung der Darmmuskulatur bedingten Invaginationen die auf rein mechaniſchem Wege entſtandenen trennt und zu letzteren die durch Polypen, Fremdkörper hervorgerufenen rechnet, ſo laſſen ſich alle Darmeinſtülpungen, welche Entſtehungsurſache auch immer für ſie angegeben und angenommen ſein mögen, nach dieſen beiden Theorien erklären. Der Einwand, daſs in vielen Fällen keine Krankheit vorhergehe, durch die man ſich eine Lähmung entſtanden denken könne, iſt nicht ſtichhaltig; denn abgeſehen von der Schwierigkeit der Anamneſe, der Unzuverläſſigkeit in den Angaben der Patienten und ihrer Angehörigen, kennen wir in gar vielen Fällen die Entſtehungsurſache nicht, ohne ſie deſshalb leugnen zu können und warum ſollte man ſich eine plötzliche Lähmung einer Darmſtrecke nicht etwa durch plötzliche Störungen der localen Circulation durch Embolie und Thromboſe erklären können?

Weit entfernt zu behaupten, dafs durch vorliegende Abhandlung das Räthfel der Aetiologie und Pathogeneſe der Darmeinſchiebungen gelöſt ſei, ſo glaube ich doch durch die Mittheilung dieſes ſowohl durch die Länge des prolabirten Darmſtücks als durch die Länge, Dauer und die Schwierigkeit der Diagnoſe intereſſanten und ſeltenen Falles einen nicht werthloſen Beitrag zur Caſuiſtik der Darminvaginationen geliefert zu haben.

Meinem hochverehrten Lehrer Herrn Profeſſor Dr. Bollinger ſei an dieſer Stelle für die freundliche Unterſtützung bei dieſer Arbeit und die Ueberlaſſung des Präparates der herzlichſte Dank ausgeſprochen. Auch Herrn Dr. Stieler ſage ich für die bereitwilligſte Mittheilung der Krankengeſchichte und des Sectionsbefundes meinen beſten Dank.

Erklärung der Tafel:

1) Endtheil des Dickdarms (Rectum, S. romanum und absteigendes Colon.). Scheide.
2) Anfangstheil des Dickdarms (aufsteigendes Colon) mittlerer Cylinder.
3) Coecum
    a) Sonde die in die Bauhin'sche Klappe,
    b) Sonde die in den processus vermiformis eingeführt ist.